

高度な気管狭窄をきたした甲状腺疾患の臨床病理学的検討 前橋赤十字病院 乳腺内分泌外科¹⁾、同 呼吸器外科²⁾

○池田 文広¹⁾、安東 立正¹⁾、河谷 菜津子²⁾、上吉原 光宏²⁾

気管狭窄を伴う甲状腺疾患は窒息の危険性があるため、緊急的な処置を必要とすることが少なくない。今回、当院で経験した高度な気管狭窄を伴った甲状腺疾患4例を検討した。症例1は88歳、男性。前頸部腫瘍と呼吸困難で当院救急外来を受診。甲状腺腫瘍で気管がほぼ閉塞状態だったため、緊急気管切開を施行した。細胞診は悪性の濾胞性腫瘍、両肺野に多発結節を認めた。緩和治療法の方針で硬性鏡下腫瘍レーザー焼灼＋ステント留置を実施したところ、術後1ヵ月後には発声が可能になった。症例2は62歳、女性。慢性甲状腺炎で10年前より甲状腺腫大を指摘されていた。H23年11月、気道狭窄音が著明になってきたため当科に紹介。頸部CTで腫大する甲状腺と著明な気管狭窄を認め、気管支鏡は通過不可であった。当科で実施した細胞診は以前と同様に慢性甲状腺炎の所見であった。手術は挿管不可のためECMO補助下で甲状腺全摘術＋気管切開を施行した。病理診断は慢性甲状腺炎で悪性所見はなかった。症例3は77歳、女性。気管浸潤を伴った甲状腺乳頭癌で当科に紹介。腫瘍の気管内腔への露出がなかったため、気管合併切除は行わず可及的に甲状腺全摘術と頸部郭清を施行した。症例4は75歳、男性。呼吸困難を主訴に救急外来を受診。著明な甲状腺腫大による気管狭窄のため、緊急気管切開と甲状腺生検を施行した。病理診断は悪性リンパ腫で化学療法が著効し、現在も健存中である。

乳癌診療を予防的に考える 武蔵野赤十字病院 乳腺科¹⁾、同 外科²⁾

○松田 実¹⁾、鳥屋 洋一¹⁾、笠原 舞¹⁾、嘉和知 靖之²⁾

本邦において乳癌は女性の癌で最も多く発生しており現在年間約7万人が罹患している。増加している罹患率や死亡率を低下させるためには、乳癌の治療戦略が必要であり、その点を予防的に考える。乳癌の1～4次予防は1次予防とは乳癌にならないための予防で生活習慣の改善、遺伝子検査等が考えられる。生活習慣の改善としては、1.肥満の防止、2.動物性脂肪の摂取制限、3.豆類・穀物・野菜・果物類の摂取、4.喫煙・多量飲酒の回避、5.適度な運動が挙げられる。いずれもそれほど難しい事はなく、すぐに実践可能と思われる。2次予防とは早期発見による乳癌の治療のことで乳癌検診、自己検診が挙げられる。欧米では1980年代からマンモグラフィー検診が導入され死亡率の減少が見られているが、本邦では受診率が低く十分な効果は見られていない。40歳からの検診の重要性を強調したい。3次予防は進行乳癌を治療で完全に治すことで、手術・薬物・放射線治療が挙げられる。この予防は以前から治療の中心として行われているが、効果は十分ではない。4次予防とは治療後の第2癌、後遺症の予防で前記した生活習慣の改善、乳癌検診、自己検診、薬物・放射線治療が考えられる。予防は1つのみを考えるのではなく、1次から4次まですべてを考へることがよいと思われる。遺伝性乳癌卵巣癌症候群という遺伝する乳癌がある。その原因遺伝子も判明しており、乳癌卵巣癌を発症前に治療することも考えなければならない時が来ている。乳癌診療はチーム医療が必要であり、また乳癌の啓発活動も重要である。乳癌の根治を目指す診療は、これからも長く続く。現在乳癌で苦悩している方の治療が最も重要ですが、乳癌を発症させないことも重要である。乳癌診療について、当院の取り組みを紹介する。

0-4-26

乳管内癌を伴った浸潤性乳癌の臨床病理学的検討 横浜市立みなと赤十字病院 病理診断科¹⁾、同 乳腺外科²⁾

○熊谷 二郎¹⁾、清水 大輔²⁾、島 秀栄²⁾

【目的】広範囲に広がる乳管内癌を伴う浸潤癌（IC/DCIS）について、その浸潤癌変および乳管内癌成分の病理学的特徴を検討する。
【材料と方法】2012年4月～2014年9月の当院の乳癌全手術材料345例から、浸潤癌変周囲にその径の2倍以上に広がる乳管内癌を有する病変をIC/DCISと定義してその連続する22例を対象とし、その浸潤癌成分と乳管内癌成分のそれぞれについて検討を行った。比較対象として同期間の浸潤癌（IC）、および浸潤癌を含まない純粋な乳管内癌（DCIS）のそれぞれ連続する199例、114例を用いた。浸潤性乳癌については組織型、核異型度、ホルモンレセプター発現様式を、また乳管内癌については組織学的異型度を検討した。またICとDCISのいずれに対してもその年齢分布を検討した。病理組織分類はWHO 2012に従った。
【結果】IC/DCIS 群、IC 群の患者年齢の平均は各々50.1±14.68歳、57.2±13.61歳で、両者の間には有意差を認めた。またDCIS 群の平均年齢は52.9±12.11歳であり、少なくともIC/DCIS より若い傾向は見られなかった。IC/DCIS 中の浸潤癌の組織型はinvasive carcinoma NOSが20例、mucinous carcinoma が2例であった。核グレードはIC/DCIS 群ではNG1:13例、NG2:4例、NG3:5例で、IC 群ではNG1:153例、NG2:15例、NG3:31例であり、IC/DCIS 群のほうが高い傾向が見られた。ホルモンレセプター発現様式は、IC/DCIS 群においてluminal A 以外のパターンを占める割合がIC 群に比べて有意に高かった。またIC/DCIS の乳管内癌成分は、浸潤癌を伴わない純粋なDCIS に比べて異型度が高い傾向を有していた。
【結論】IC/DCIS の浸潤癌変は通常のIC とは異なった組織発生を有し、また核グレードやホルモンレセプター発現の観点からもより悪性度の高い病変である可能性が示唆された。またそのDCIS 成分も、浸潤癌を有しないDCIS とは異なる系統の腫瘍であると考えられた。

0-4-28

Digital Breast Tomosynthesis における新たな modality “C-view” の有用性 日本赤十字社和歌山医療センター 乳腺外科部

○芳林 浩史¹⁾、中木村 朋美²⁾

乳癌診療におけるマンモグラフィは検診ならびに日常診療で必須の検査である。通常マンモグラフィは乳房の立体構造を1枚の平面画像にして判断するため、組織の重なりにより病変が隠れたり、正常組織が病変に見えたりする欠点がある。特に日本人女性の乳腺は不均一高濃度または高濃度乳腺が多くを占めるため病変を指摘出来ない事がある。その様な背景の中で Digital Breast Tomosynthesis（以下 DBT）が新たに登場した。DBT は圧迫面に平行な断層画像を描出することで乳腺構造の重なりを避けた高精細な最新のマンモグラフィ技術である。そのため通常のマンモグラフィよりも関心部分の的確な診断をサポートする。海外ではDBTを使用した乳癌検診において癌発見率の向上ならびに偽陽性率の低減が報告されている。しかしながら通常のマンモグラフィと比較してDBT は一人の検者に対し複数枚の画像を読影するため、必然的に読影時間が長くなる傾向がある。また基準範囲内ではあるが高い被ばく線量が気になるデメリットがあった。そこで新たにC-view が開発された。C-view はDBT の slice 画像を1枚の合成画像表示する技術である。これにより読影時間の短縮ならびに通常のマンモグラフィと同等の被ばく線量となった。今回、DBT ならびにC-view を導入したので、その有用性を報告する。

0-4-27

目指すべき乳癌診療：「地方の医師不足」と「医療の質の向上」のはざまで 石巻赤十字病院 乳腺外科

○古田 昭彦¹⁾、佐藤 馨²⁾

当施設は診療人口約30万人の医療圏における唯一の地域がん診療連携拠点病院であり、ほぼ独占的に乳癌診療をしている。乳腺外科専任医2名（専門医1名）。近年は年間の初発乳癌手術件数130件、外来患者数近べ9000名、新規紹介患者数約900名程度で推移している。約20年来右肩上がりであった患者数はほぼプラトーとなったが、日々多数の患者の診療をこなすのが精一杯である。このような状況の中、昨今がん診療連携拠点病院の施設認定要件見直しにみられるように「がん診療の質の向上」のための様々な施策が求められるようになってきている。患者サイドからみれば歓迎すべき施策であるが、これ以上の仕事負担増は業務破壊を来しかねないという懸念もなされる状況にある。この「地方の医師不足」と「医療の質の向上」という課題に対して、約6年前から、以下に示す改革を進めることにより医師業務の負担軽減のみならず医療の質の向上をも図り得る体制を構築することができた。すなわち、1.種々のメディカルスタッフの雇用。固定化と育成。（メディカルクラーク、乳がん看護認定看護師、遺伝カウンセラー、CRC など）2.チーム医療の徹底（診療科内のスタッフミーティングと他部門・職種を交えた合同カンファレンスの頻繁な定時開催）放射線治療部門、緩和ケアチーム、リハビリ部門、薬剤師、管理栄養士、退院支援部門などとの同時協議、情報共有は診療の客観性や迅速化に寄与し、結果的には主治医の精神的負担軽減と患者への医療サービスの安心と安全につながっている。そして、3.在宅緩和ケアなど地域連携の充実化、である。我々の取り組みは、地域医療崩壊が危惧される我が国の地方都市・医療圏における乳癌診療のみならず全ての急性期医療のあり方を考えるうえでのヒントとなり得ると考え、報告する。

0-4-29

不全分葉症例に対する fissureless technique を用いた完全鏡視下右中下葉切除 前橋赤十字病院 呼吸器外科

○井貝 仁¹⁾、上吉原 光宏²⁾、河谷 菜津子³⁾、伊部 崇史⁴⁾

分葉不全症例において術後肺癰の発症もしくは遷延を防ぐために fissureless technique を用いた肺葉切除が有用であるとの報告が散見されるが、完全鏡視下に fissureless technique を用いて右中下葉切除を施行した報告例は少ない。fissureless technique を用いた右中下葉切除では尾側から頭側に向かって剥離を進めるため、胸腔鏡を用いた「見上げ」の視野は開胸の視野よりも良好となる。今回我々は分葉不全症例に対して fissureless technique を用いた完全鏡視下右中下葉切除を施行したので報告する。患者は74歳、男性。原発性肺癌（cT2aN1M0, Stage2A）の診断で当科紹介となった。CTで腫瘍は下葉S6に3.5cm大で存在しLN#11iへの直接浸潤が疑われ、右中下葉切除が予定された。手術は4ポート完全鏡視下に施行された。上中葉間、上下葉間ともに分葉不全が認められた（Craig's classification grade 4）。術前に肺炎を併発していたため肺が比較的硬くなっており、牽引困難であった。術後肺癰防止目的で葉間から肺動脈にアプローチせず、fissureless technique を用いる方針とした。まず、肺動脈を切離し、下肺静脈を露出後に stapler を用いて切断した。続いて、中下葉を頭側に牽引しながら中葉肺静脈を同様に stapler で切断した。中葉肺動脈切離後、その頭側に中間肺動脈幹が存在するためこれを剥離した。さらに、中間肺動脈幹の背側に存在する中間気管支幹を剥離・露出した。同時に、LN#7をen-blocに廓清した（LN#7を先行廓清することで中間気管支幹の授動が良好となる）。中間肺動脈幹の損傷に注意しながら中間気管支幹をテーピングし、stapler で切断した。続いて ascending A2に注意しながら、中葉肺動脈、下葉肺動脈を個別に stapler で切断した。最後に葉間を stapler で作成した。術中 Sealing-test で肺癰を認めず、術後3日目にドレーン抜去となった。上記手術をビデオで供覧する。